

Pneumologie-Facharztvertrag der AOK Baden-Württemberg/ Bosch BKK

Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie

Inhalt

Nicht-medikamentöse Versorgung in der Pneumologie	2
Ziele	2
Hintergrund	3
Risikofaktor Rauchen	5
Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte	7
Theorie zur Beratung einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung.....	8
Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung.....	8
Minimal und Kurzintervention	11
Das „Motivational Interviewing“	16
Schutzfaktor Bewegung.....	19
Bewegungsformen	20
Zusammenfassung Bewegungsempfehlungen.....	24
Informationen für Praxis und Patienten	25
Schutzfaktor Ernährung.....	26
Ernährung und Lungenerkrankungen.....	26
Informationen für Praxis und Patienten	29
Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung.....	30

Nicht-medikamentöse Versorgung in der Pneumologie

Einleitung

Die Entwicklungen der gesundheitlichen Belange in der Bevölkerung (Public Health) bestimmen die Anforderungen an Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiär-) und Gesundheitsförderung (www.rki.de/gesundheitsbericht 2015 S. 241ff). Die nicht-medikamentöse Beratung ist darauf ausgerichtet, die Gesundheitsbelastungen zu senken und die Gesundheitsressourcen zu stärken, um Erkrankungs- und Sterberisiken in der Bevölkerung zu vermindern. Für eine bevölkerungsweite Wirkung sind, auch gemäß Robert Koch-Institut Gesundheitsbericht 2015, verschiedene präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen daher so weit wie möglich aufeinander abzustimmen und auf vielen Ebenen anzusetzen. Zudem ist die Evidenzbasierung zu beachten, indem diejenigen Programme und Projekte bevorzugt werden, deren Wirksamkeit erwiesen ist. Hier wird dafür auch Bezug genommen auf die entsprechende Fachliteratur als Grundlage wie im Folgenden genannt und erläutert.

Ziele

1. Menschen zum Rauchstopp motivieren und dabei aktiv gemäß Anhang 1a ein vertragsübergreifendes Rauchstoppkonzept unterstützen. Damit wird auch das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ gefördert.
 - In Deutschland rauchten im Jahr 2018 noch 7% der Jugendlichen und ungefähr ein Drittel der Erwachsenen Bevölkerung. Die Raucherquote ist allgemein rückläufig.^{1,2}
 - Rauchen ist mit fast 90% die häufigste Ursache für die Entstehung einer COPD und für Lungenkarzinome^{3,4} sowie ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung und Verschlechterung von Asthma bronchiale.⁴
 - Die komplette Aufgabe des Rauchens geht mit einer Reduktion des Risikos einer stationären Behandlung um 42% einher, was der Verbesserung der Patientensicherheit zugutekommt.^{5,6}
 - Der Tabakkonsum erhöht das Risiko für Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebs. Er beeinträchtigt die Mundgesundheit und fördert Osteoporose. Bei Männern kann in Folge des Rauchens die Potenz geschwächt werden. Rauchen ist der

¹ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf (Stand 27.08.2018)

² <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/verbreitung-des-rauchens/> (Stand 20.01.2020)

³ Herold et. al. (2020) Innere Medizin. S. 932-933.

⁴ <http://www.who.int/respiratory/asthma/causes/en/> (Stand 27.08.2018)

⁵ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 207.

⁶ WIdO (2014): Krankenhausreport: Das Krankenhaus als Risikofaktor, S. 2.
https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2014_kap1_0114.pdf

wichtigste Umweltfaktor in der Entstehung einer rheumatoiden Arthritis.^{7,8}

2. Körperliche Aktivität und gesundheitsfördernde Ernährung fördern, vor allem bei chronischen Lungenkrankheiten und zur Unterstützung des Rauchstopps.
 - Körperliche Aktivität mindert Entzündungen, erhöht die Lebensqualität, verbessert die Ausdauer, Kraft und (Atem-)Muskulatur und wirkt positiv auf Begleiterkrankungen. Dazu wirkt sie Fatigue und Übergewicht entgegen.⁹
 - Fehlernährte Patienten tragen ein erhöhtes Risiko für Infektionen der Atemwege oder allergische Reaktionen, was ihre Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann. Zudem beeinträchtigt eine unausgewogene, schlechte Ernährung die Lungenfunktion. Studien haben gezeigt, dass die Abwehrkraft der Lunge durch Mangelernährung herabgesetzt wird.
 - Eine gesundheitsfördernde Ernährung unterstützt die Gewichtsoptimierung, beispielsweise bei adipösen Patienten oder in Folge eines Rauchstopps und wirkt herzgesund, wie beispielsweise die mediterrane Ernährung, um Begleiterkrankungen entgegenzuwirken.¹⁰

Hintergrund

Rauchen ist die wichtigste Einzelursache für die Entstehung von Lungenkarzinomen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen.¹¹ Auch Passivrauchen erhöht das Risiko. Die Kombination von Zigarettenrauchen mit beruflichen Karzinogenen potenziert das Lungenkrebsrisiko.¹²

Ein Großteil der weiteren (zivilisatorischen) Risikofaktoren wie Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und bewegungsarmer Alltag können mit körperlichem Training reduziert werden.¹³ Im Vergleich von Personen mit der höchsten sedentär verbrachten Zeit zu Personen mit der geringsten sedentär verbrachten Zeit ergab sich in Studien für Lungenkrebs ein um im Mittel 21% bis 66% erhöhtes Erkrankungsrisiko.¹⁴

Weitere beeinflussbare Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit der Entwicklung verschiedener Krebsarten stehen, sind bestimmte Ernährungsgewohnheiten wie z. B. hoher Alkoholkonsum oder eine Ernährung mit einem hohen Anteil an rotem Fleisch und wenig Ballaststoffen, Gemüse und Obst.¹⁵ Fehlernährte Patienten haben ein höheres Risiko für Atemwegsinfektionen oder allergische Reaktionen, was ihre

⁷ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/rauchen-gesundheit/> (Stand 20.01.2020)

⁸ RKI Heft 49 Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

⁹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222-223.

¹⁰ <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html> (Stand 28.08.2018)

¹¹ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 15.

¹² Herold, G. (2018): Innere Medizin. S. 401.

¹³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

¹⁴ s.o. S. 228

¹⁵ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 228.

Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann.¹⁶ Mit dem Fortschreiten einer COPD kommt es zur Erhöhung des Energiebedarfs. Die Mortalität korreliert mit dem Ausmaß des Gewichtsverlusts.¹⁷ Übergewicht wiederum kann Atemprobleme verstärken, vor allem Adipositas geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen und Karzinome einher.¹⁸

Zu den chronischen Lungenerkrankungen zählen beispielsweise die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), das Asthma bronchiale, sowie das Lungenkarzinom.¹⁹ Die größte Anzahl von betroffenen Versicherten mit chronischen Lungenerkrankungen der AOK-BW befindet sich ebenfalls in den Gruppen COPD und Asthma mit über die Jahre kontinuierlicher Zunahme.²⁰

Die COPD belegt laut GOLD weltweit aktuell Platz vier der Erkrankungen, welche die meisten Todesfälle nach sich ziehen. Im Jahr 2020 soll sie bereits den dritten Platz belegen.²¹ Unter den Versicherten der AOK-BW hat die COPD zwischen 2007 und 2012 von ca. 108.000 auf 143.000 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 5,8% pro Jahr. Im Jahr 2020 hat die AOK-BW über 170.000 Versicherte mit COPD. Rund 28% (47599) der Versicherten mit COPD sind im jeweiligen DMP-Programm eingeschrieben. In der internationalen BOLD-Studie (Burden of Obstructive Lung Disease; Buist et al. 2007) wurde für Deutschland eine Prävalenz von ca. 13% ermittelt.

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Krankheit im Kindesalter. Bis zu 15% der Kinder und 7% der erwachsenen Bevölkerung sind an Asthma erkrankt. Asthma kann bei mehr als 40% der Frauen zu einer COPD führen.²² Unter den Versicherten der AOK-BW hat Asthma bronchiale zwischen 2007 und 2012 von ca. 136.000 auf 178.000 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 5,5% pro Jahr. Im Jahr 2020 hat die AOK-BW über 20.000 Versicherte mit Asthma bronchiale. Rund 22% (4553) der Versicherten mit Asthma bronchiale sind im jeweiligen DMP-Programm eingeschrieben.²³

Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wie COPD oder Asthma sind häufig multimorbide. Komorbiditäten sind unter anderem zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht, die häufig unterdiagnostizierte Osteoporose und Depressionen^{24,25}, Diabetes, das metabolische Syndrom, die gastroösophageale

¹⁶ <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html>
(Stand 30.08.2018)

¹⁷ Biesalski, H.K. u.a. (2018): Ernährungsmedizin, S. 782.

¹⁸ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 191.

¹⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (Stand 29.08.2018)

²⁰ Interne Analyse der AOK-BW 2018, 2020

²¹ <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide-1.pdf> S. 1 (Stand 28.08.2018)

²² <https://www.thoracic.org/about/newsroom/press-releases/journal/more-than-40-percent-of-women-with-asthma-may-develop-copd-but-risk-may-be-reduced.php> (Stand 30.08.2018)

²³ Interne Analyse der AOK-BW 2018, 2020

²⁴ https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf S. 114 (Stand 30.08.2018)

²⁵ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-005l_S3_Tabakentw%C3%B6hnung_bei_COPD_2014-03.pdf S. 9

Refluxkrankheit (GERD) und Lungenkarzinome.^{26,27} Insbesondere bei schweren Verlaufsformen von Asthma bronchiale ist es wichtig, auch die Psyche der Betroffenen in ein umfassendes Behandlungskonzept mit einzubeziehen.²⁸

Lungenkarzinome verursachen weltweit die meisten Krebstoten. Weltweit ca. 1,69 Millionen.²⁹ Zwischen 30-50% der Krebserkrankungen können durch die Vermeidung von Risikofaktoren verhindert werden.³⁰ Raucher haben ein um 15 bis 30-fach erhöhtes Risiko Lungenkrebs zu entwickeln. Auch gelegentliches Rauchen und Passivrauchen erhöht das Risiko.³¹ Unter den Versicherten der AOK-BW hat das Lungenkarzinom zwischen 2007 und 2012 von ca. 6.100 auf 7.200 Versicherte zugenommen. Das entspricht einer durchschnittlichen Veränderung von ca. 3,6% pro Jahr.

Chronische Lungenerkrankungen sind für die Betroffenen mit hohen Einbußen an Lebensqualität verbunden.³² Viele Risikofaktoren die zu genannten chronischen Lungenerkrankungen führen sind lebensstilorientiert und damit vermeidbar.

Risikofaktor Rauchen

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Wie schon erwähnt ist das Rauchen die wichtigste Einzelursache für die Entstehung von Lungenkarzinomen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen sowie ein Risikofaktor für die Entstehung und Verschlechterung von Asthma bronchiale.³³

Tabakrauch enthält mehrere tausend bis zu 8.000 chemische Substanzen,³⁴ von denen mindestens 70 krebserregend sind.

Nikotin: Nikotin ist der Hauptwirkstoff als Alkaloid im Zigarettenrauch und macht sehr schnell abhängig bei etwa 70% der Raucher (Herold S. 932). Rauchen ist für bis zu 50% aller vermeidbaren Todesfälle verantwortlich (Herold S. 932). Es ist zudem ein starkes Gift welches u. a. zur Schädlingsbekämpfung eingesetzt wird. 60 Milligramm können tödlich sein für Erwachsene. Eine Zigarette enthält 13 - 25 mg.³⁵

²⁶ https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf S. 114-119 (Stand 28.08.2018)

²⁷ <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e015102> (Stand 28.08.2018)

²⁸ <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/asthma/risikofaktoren/index.html> (Stand 30.08.2018)

²⁹ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Stand 28.08.2018)

³⁰ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Stand 30.08.2018)

³¹ <https://www.cancer.gov/types/lung/patient/lung-prevention-pdq#section/all> (Stand 30.08.2018)

³² https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html (Stand 29.08.2018)

³³ Schauder, P. (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, S. 15.

³⁴ International Agency for Research on Cancer (2004). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon 83, pp. 53–1187.

³⁵ Metzler, W. et al. (2005) Die tödliche Zigaretten-Ingestion bei Erwachsenen. Gibt es sie wirklich? Dtsch Med Wochenschr; 130(24): 1491-1493.

Teer: Tabakteer entsteht beim Verbrennen von Tabak und wird durch den Filter kaum zurückgehalten. Teer ist zäh und verklebt die Flimmerhärchen in den Atemwegen welche Schadstoffe abtransportieren. Sind sie zerstört kann kein Staub/Schmutz mehr abtransportiert werden.

Kohlenmonoxid: ist ein geruchloses giftiges Gas das beim Verbrennen von Tabak entsteht. Durch die Bindung an rote Blutkörperchen verhindert es den Sauerstofftransport (es nimmt den Platz von Sauerstoff am roten Blutkörperchen ein). Um den Körper trotzdem mit genug Sauerstoff zu versorgen steigen Blutdruck und Pulsfrequenz. So läuft der Körper im Ruhezustand auf Hochtouren und mindert so die Leistung bei Belastung.^{36,37}

Durchschnittlich sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.³⁸ Hinzu kommen Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeit, Gesundheitsbeschwerden, Produktivitätsverlust und vorzeitige Todesfälle, die durch regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden.³⁹ Passivrauchen weißt dieselben gesundheitlichen Konsequenzen auf wie das aktive Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß. Langfristige Folgen, die durch die regelmäßige Passivrauchbelastung entstehen oder verstärkt werden können, sind beispielsweise verschiedene Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung.⁴⁰

Im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ beschlossen. Damals lag der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei fast 35% der Erwachsenen und 23% bei den 12-17-jährigen Jugendlichen. Auch am Arbeitsplatz und in der Freizeit waren viele Menschen einer erheblichen Belastung durch Passivrauchen ausgesetzt. Mittlerweile ist die Raucherquote bei Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei Erwachsenen auf 25% gesunken. Rauchfreiheit ist im öffentlichen Raum, laut dem Bundesministerium für Gesundheit, praktisch überall zur Normalität geworden.⁴¹

³⁶ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/inhaltsstoffe-im-tabakrauch/> (Stand 31.08.2018)

³⁷ AOK-Bundesverband, Deutscher Hausärzteverband e.V. (2016): Patienten-Handbuch zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD. Mainz 2016.

³⁸ Tabakatlas: 121 000 Rauchertote jährlich in Deutschland
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/172961/Tabakatlas-121-000-Rauchertote-jaehrlich-in-Deutschland>
(Stand 06.07.2020)

³⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html
(Stand 31.08.2018)

⁴⁰ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?_blob=publicationFile (Stand 31.08.2018)

⁴¹ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf
(Stand 31.08.2018)

Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte

- Die weltweit hergestellten Tabakprodukte sind zu 96% Zigaretten.⁴²
- Den geringeren Nikotinanteil von sogenannten „Light-Zigaretten“ gleichen Rauchende durch einen höheren Konsum und tieferes Inhalieren aus, welches für Formen des Lungenkrebses verantwortlich gemacht wird, die als besonders schwer behandelbar gelten.⁴³
- Der längerfristige Konsum und daraus resultierende Schäden durch E-Zigaretten/E-Shishas sind derzeit noch nicht ausreichend untersucht. Die Menge der Kanzerogene im Dampf von E-Zigaretten schätzt das DKFZ zwar insgesamt als gering ein, besonders bei Dauerkonsum könne eine Krebsgefährdung allerdings nicht ausgeschlossen werden. Die verwendbaren „Liquids“ sind mit und ohne Nikotin erhältlich. Nach dem Konsum kann es kurzfristig zu Atemwegsirritationen und eventuell auch zu Entzündungsreaktionen in den Bronchien und Bronchiolen kommen. Auch sind Wundheilungsstörungen zu befürchten.⁴⁴ Die E-Zigarette wird derzeit nicht als Mittel zum Rauchstopp empfohlen.⁴⁵
- Die Wirksamkeit von Kräuterzigaretten zum Rauchstopp ist nicht belegt. Nachgewiesen ist dagegen, dass auch durch deren Rauch gesundheitsschädliche Giftstoffe aufgenommen werden.⁴⁶
- Die Gefahr, an einer Krebsart im Rachenraum zu erkranken, ist für Zigarrenrauchende etwa doppelt so hoch wie für Zigarettenrauchende. Für Lungenkrebs haben sie sogar ein viermal so hohes Risiko. Weiterhin erhöht der Konsum das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle.⁴⁷
- Das Pfeifenrauchen geht mit einem viermal höheren Risiko für Lungenkrebs gegenüber Nichtrauchern einher und mit einem hohen Risiko für Krebs im Mund- und Rachenraum. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pfeifenraucher einen Herzinfarkt erleiden ist um etwa 69% erhöht und das Risiko für einen Schlaganfall um 62%.⁴⁸
- Über den Rauch von Wasserpfeifen werden zum Teil größere Schadstoffmengen aufgenommen als durch filterlose Zigaretten. Das Rauchen von Wasserpfeifen ist nicht weniger gesundheitsschädlich als Zigarettenrauchen⁴⁹
- Tabakprodukte ohne Rauch wie z. B. Kautabak stellen keine geeignete Alternative zur Zigarette dar. Auch sie enthalten Nikotin und regelmäßiger

⁴² Die Zigarette – ein hoch technisiertes Produkt mit vielen Zusatzstoffen: <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴³ Hammond D., Parkinson C. (2009). The impact of cigarette package design on perceptions of risk. Journal of Public Health, doi:10.1093/pubmed/fdp066

⁴⁴ E-Zigaretten könnten Wundheilung behindern
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98643>

⁴⁵ E-Zigarette – eine vermeintlich harmlose Alternative <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/elektrische-zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁶ Die Kräuterzigarette - tabak- und nikotinfrei, als Alternative zur Zigarette jedoch nicht zu empfehlen
<https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/kraeuterzigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁷ Zigarrenrauchen - ein häufig unterschätztes Gesundheitsrisiko <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigarren-zigarillos/> (Stand 11.10.2018)

⁴⁸ Pfeifer rauchen - nicht nur schädlich für die Mundgesundheit <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/pfeifen/> (Stand 11.10.2018)

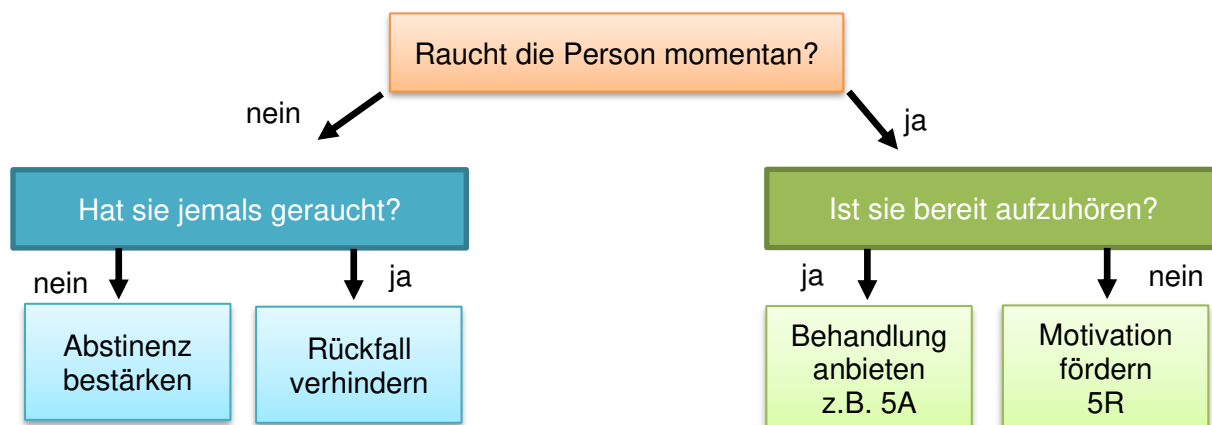
⁴⁹ Wasserpfeifen: Vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beliebt <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/wasserpfeifen/> (Stand 11.10.2018)

Konsum kann Mundhöhlen-und Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie Herz-Kreislaufkrankungen auslösen.⁵⁰

Theorie zur Beratung einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung

Raucher/innen sollten im Rahmen von Routinebefragungen angesprochen werden. Der Rauchstatus sollte regelmäßig dokumentiert werden. Zur Dokumentation des Rauchverhaltens wird ein klinisches Erfassungs-/Erinnerungssystem (z. B. Marker, Sticker auf Karteikarten, elektronische Patientenakten etc.) empfohlen. Um den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen eignet sich z. B. der Fagerström Test (FTCD) oder die daraus abgeleitete Kurzform der Heaviness-of-Smoking-Index (HSI).

Als effektiv wurden die ärztliche Minimalintervention (< 3 Minuten ABC-Ansatz) sowie die Kurzintervention (< 10 Minuten 5A/5R) in Metaanalysen belegt. Die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung bilden die Basis^{51,52, 53}



Nach Fiore et al. (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.

Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung

Ambivalenz

Das Phänomen der Ambivalenz bezeichnet einen Zustand der inneren Unentschlossenheit, des inneren Hin-und-Her-Gerissen-Seins bis hin zu einer starken inneren Zerrissenheit. Insbesondere bei Menschen die rauchen, bei Menschen mit Fehlernährung und bei Menschen mit zu geringem Bewegungsumfang kommt in Gesprächen die Ambivalenz deutlich zum Vorschein. Einerseits wissen Menschen mit diesen Verhaltensweisen, dass ihr aktuelles Verhalten zur körperlichen Einschränkung und körperlichen Schäden beitragen kann, andererseits fällt es ihnen aus verschiedensten Gründen schwer, von genau diesem Verhalten zu lassen. Meist, da das Verhalten mit einem umgehenden Befriedigungsgefühl über das

⁵⁰ Rauchlose Tabakprodukte – qualmfrei und dennoch gesundheitsschädlich <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/rauchlose-tabakprodukte/> (Stand 11.10.2018)

⁵¹ GOLD Guidelines https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

⁵² BZgA Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/>

⁵³ AkdaÄ (2010) Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit („Raucherentwöhnung“)

Belohnungszentrum einhergeht oder weil es mit positiv wahrgenommenen Effekten verbunden ist (auch: kognitive Dissonanz, Festinger).

Andauernde Ambivalenz wird als unangenehmer Zustand wahrgenommen. Deshalb werden Wahrnehmungen und Gedanken, die dem aktuellen Verhalten entgegenstehen verdrängt, negiert oder verleugnet. Dadurch löst sich die innere Spannung (kognitive Dissonanz) zugunsten des bestehenden Verhaltens auf. Umgekehrt bietet somit das bewusste Erzeugen von Ambivalenz aus therapeutischer Sicht die Chance auf eine Verhaltensänderung.

Reaktanz

Wird oder fühlt sich ein Mensch in seiner inneren Entscheidungsfreiheit eingeschränkt, kann es zu einer komplexen Abwehrreaktion, der Reaktanz, kommen. Dabei wird das Verhalten, das der Person „genommen“ oder „verboten“ wird, für die Person besonders wichtig. Je stärker dabei die Einschränkung der persönlichen Freiheit tatsächlich ist oder wahrgenommen wird, desto stärker kann das reaktive Verhalten ausfallen. Ein „Sie müssen mit dem Rauchen aufhören“ oder „Sie müssen deutlich Gewicht abnehmen“ kann somit – obwohl durchaus im Sinne des therapeutischen Ratschlags gut gemeint – genau das Gegenteil bewirken.

Beide o. a. Phänomene, Ambivalenz und Reaktanz, führen bei Gesprächen über das Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel häufig zu Frust aus Therapeuten- und Patientensicht.

Motivierende Gesprächsführung

Miller und Rollnick (Miller & Rollnick, Motivational Interviewing, second edition, Guilford Press, NY, ISBN-13: 978-1-57230-563-2) haben die Technik der Motivierenden Gesprächsführung (MI, motivational interviewing) entwickelt, um die Ambivalenz therapeutisch zu nutzen und eine Reaktanz in den Gesprächen zu vermeiden. Die motivierende Gesprächsführung ist in ihrer Reinform schwer in der Praxis, im Krankenhaus oder ärztlichen Alltag durchführbar. Ihre Grundhaltung, -prinzipien und -techniken können jedoch helfen, Gespräche für Therapeuten und Patienten angenehmer und erfolgreicher hinsichtlich Verhaltensänderungen zu führen.

Grundhaltung („Spirit“) der Motivierenden Gesprächsführung

Eine partnerschaftliche Grundhaltung, die die Entscheidungsfreiheit des Gegenübers respektiert (Autonomie) und seine persönlichen Werte, Normen und Wünsche in den Mittelpunkt stellt (Evokation) von zentraler Bedeutung.⁵⁴

Grundprinzipien

Das Gespräch sollte von respektvollem, empathischem Zuhören geprägt sein. Innerhalb des Gespräches ist das Ziel, Diskrepanzen zu entwickeln, beispielsweise zwischen inneren Werten/Normen oder Perspektiven in der Zukunft und dem aktuellen Verhalten. Widerstand auf Patientenseite sollte nicht mit Gegenargumenten begegnet werden, sondern die Frage/das Problem an den Patienten zurückgegeben werden. Da Patienten in Bezug auf die Veränderung des aktuellen Verhaltens häufig eine geringe Selbstwirksamkeit haben, sollte das Selbstvertrauen gestärkt und die Zuversicht in die eigene Fähigkeit zur Verhaltensänderung gefördert werden.⁵⁵

⁵⁴ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁵⁵ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Grundtechniken

Offene Fragen erlauben es dem Patienten, seine Wahrnehmung und Wertung zu äußern. Durch reflektives (aktives) Zuhören gibt der Therapeut das Gesagte in eigenen Worten, evtl. mit leichter Veränderung wieder. Hierbei besteht die Möglichkeit, den Gesprächsfokus durch selektive Reflexion auf die vom Patienten geäußerte „Veränderungssprache“ zu legen. Zusammenfassende Reflexionen helfen, das Gesagte noch einmal zu wiederholen und eine Zustimmung zum Gesprächsstand zu erhalten. Positive Bestätigungen helfen, die Zuversicht in die Selbstwirksamkeit des Patienten zu stärken.

Grundhaltung („Spirit“) der Motivierenden Gesprächsführung
<ul style="list-style-type: none">• Partnerschaftlichkeit statt Konfrontation• Autonomie statt Autorität• Evokation statt Edukation
Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung
<ul style="list-style-type: none">• Empathie• Diskrepanzen entwickeln• Widerstand umlenken• Selbstwirksamkeit fördern
Grundtechniken der Motivierenden Gesprächsführung (OARS = Ruder)
<ul style="list-style-type: none">• Offene Frage (<u>O</u>pen Question)• (positive) Bestätigung (<u>A</u>ffirmation)• Aktives Zuhören (<u>R</u>eflective Listening)• Zusammenfassen (<u>S</u>ummarize) • Ziel: Veränderungssprache (Change talk) erzielen

Minimal und Kurzintervention

Im ärztlichen Alltag in Praxis und Klinik hat sich im Bereich der Tabakentwöhnung die Minimalintervention (< 3 Minuten, ABC- Ansatz) und die Kurzintervention (< 10 Minuten, Technik der 5A/5R) als effektiv erwiesen. Diese Techniken lassen sich grundsätzlich auf Grundlage der motivierenden Gesprächsführung auch auf die Themen Ernährung und Bewegung anwenden.^{56 57}

Die niederschwellige Unterstützung im Rahmen der 5 A wird auch als ABC-Regel zusammengefasst: Ask, Brief Advice, Cessation support. Hierbei besteht die Unterstützung lediglich im Weiterverweisen an externe Unterstützungsangebote. Erfahrungsgemäß kommen Rauchende jedoch nach dem bloßen Aushändigen von Kontaktdaten oder Flyer von Unterstützungsangeboten nur in sehr limitiertem Umfang auch bei einem Unterstützungsangebot an. Bereits eine (wiederholte) telefonische Beratung zeigt z. B. im Bereich der Tabakentwöhnung gute Effektivität bei geringem Ressourcenaufwand.⁵⁸

ABC-Ansatz		Bedeutung
A1	Ask	Rauchstatus (Gewicht, Ernährung, Bewegung) abfragen
A2	Advice	Rauchstopp (Ernährungsänderung, Bewegungssteigerung) anraten
A3	Assist	Unterstützung beim Rauchstopp (bei der Ernährungsänderung, der Bewegungssteigerung) anbieten

Im Rahmen der Anamnese erfolgt (idealerweise mit einem Fragebogen) auch die Abfrage von Rauchgewohnheiten, ggf. Tabakabhängigkeit, Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten (A1: Ask) Im Rahmen des ärztlichen Gespräches wird der Rat zu einer Verhaltensänderung gegeben (A2: Advice) und die Veränderungsbereitschaft des Patienten erfragt (A3: Assess willingness). Dabei sollten die Grundhaltung (Partnerschaftlichkeit, Autonomie, Evokation), die Grundprinzipien (Empathie, Diskrepanzen entwickeln, Widerstand umlenken, Selbstwirksamkeit fördern) und die Grundtechniken der Motivierenden Gesprächsführung (Offene Frage, aktives Zuhören (Reflexion), Zusammenfassung und positive Bestätigung) zum Einsatz kommen.

Liegt eine prinzipielle Änderungsbereitschaft vor, sollte um Erlaubnis gefragt werden, weitere Informationen oder Unterstützungsangebote unterbreiten zu dürfen (A4: Assist). Bei fehlender Änderungsbereitschaft kann mittels der 5R-Strategie (s. u.) vorgegangen werden. Meist kommen auch im Sinne der Ambivalenz positive Aspekte des derzeitigen Verhaltens und Hindernisse/Schwierigkeiten, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen auf (4-Felder-Tafel/ Entscheidungswaage). Dem Patienten wird seine eigene Ambivalenz deutlich gemacht. Über das Aufzeigen der Ambivalenz kann im Patienten eine Änderungsbereitschaft entstehen, die sich auch verbal äußert (sogenannter „change talk“ – Veränderungssprache).

(A5: Arrange follow up) Ein weiteres Follow up kann proaktiv telefonisch durch die Arztpraxis erfolgen. Das jeweilige Thema sollte beim nächsten Arzt-Patientenkontakt

⁵⁶ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁵⁷ AkdaÄ (2010) Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit („Raucherentwöhnung“)

⁵⁸ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

oder auch EFA-Patientenkontakt gemäß o. a. Schema wieder angesprochen werden.^{59 60 61}

5A-Strategie		Bedeutung
A1	<i>Ask</i>	Rauchstatus (Gewicht, Ernährung, Bewegung) abfragen
A2	<i>Advice</i>	Rauchstopp (Ernährungsänderung, Bewegungssteigerung) anraten
A3	<i>Assess willingness</i>	Motivation zum Rauchstopp (zur Ernährungsänderung, zur Bewegungssteigerung) mittels offener Frage abfragen
A4	<i>Assist</i>	Unterstützung beim Rauchstopp (bei der Ernährungsänderung, der Bewegungssteigerung) anbieten
A5	<i>Arrange follow up</i>	Wiederholung der Minimalintervention arrangieren

Signalisiert ein Pat. bei A3 (Assess willingness) keine aktuelle Änderungsbereitschaft, kann mit der Minimalintervention „5R“ vorgegangen werden.⁶²

5R-Strategie		Bedeutung
R1	<i>Relevance</i>	Den Patienten dazu anregen, zu erläutern, warum ein Rauchstopp für ihn persönlich wichtig wäre.
R2	<i>Risks</i>	Den Patienten dazu anregen, seine persönlichen Risiken durch das Rauchen zu identifizieren. Darauf hinweisen, dass das Risiko nicht durch spezielle Formen des Tabakkonsums (z. B. Zigarren, Pfeifen, Zigaretten mit geringem Teer oder Tabakgehalt) reduziert wird.
R3	<i>Rewards</i>	Den Patienten dazu auffordern, mögliche Vorteile durch einen Rauchstopp zu identifizieren.
R4	<i>Roadblocks</i>	Gemeinsam mit dem Patienten die Hürden und Schwierigkeiten eines Rauchstopps identifizieren und Lösungen anbieten.
R5	<i>Repetition</i>	Wiederholung der 5R-Strategie beim nächsten Besuch, falls der Patient weiterhin nicht zum Rauchstopp bereit ist.

⁵⁹ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

⁶⁰ GOLD Guidelines https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

⁶¹ BZgA Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/>

⁶² A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

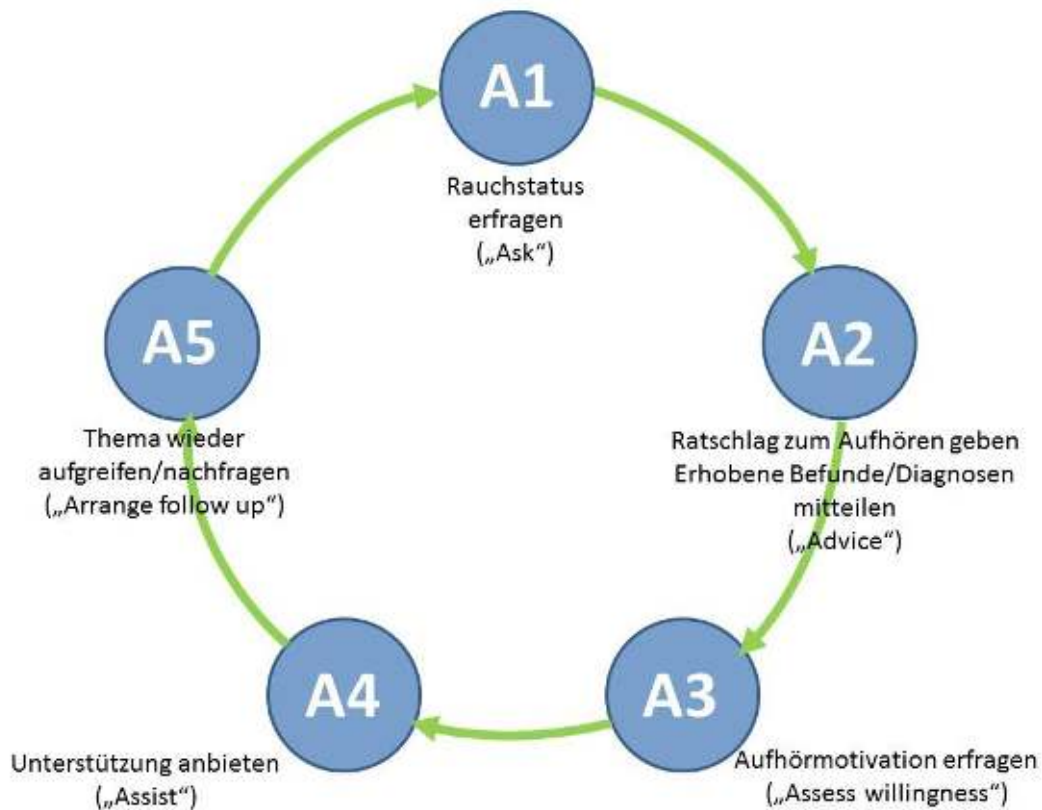


Abbildung 1. Minimalintervention „5A“⁶³

Im Rahmen der Gesprächsführung können unterstützend folgende Techniken zum Einsatz kommen:

Scaling

Auf einer Skala von 1 (niederste Zustimmung) bis 10 (höchste Zustimmung) bewertet der Pat. die Wichtigkeit einer Verhaltensänderung oder seine Zuversicht, diese umsetzen zu können. Durch ein Abgrenzen nach unten (also zu weniger Wichtigkeit oder Zuversicht) wird erfragt, warum es für ihn wichtiger oder warum er zuversichtlicher ist. Hierbei werden Sätze geäußert, die die Wichtigkeit/Zuversicht aus Patientensicht unterstreichen.

⁶³ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Wie wichtig wäre ein Rauchstopp für Sie zum jetzigen Zeitpunkt?



Wie zuversichtlich sind Sie, mit dem Rauchen aufhören zu können?



Warum sind Sie bei „x“ und nicht bei „1“?

„Was müsste passieren, um Ihre Wichtigkeit/Zuversicht von X auf 8 oder 9 zu erhöhen?“

Projektion in die Zukunft

Ausgehend von der bisherigen Entwicklung (Gewicht, Bewegung, Fitness, Lungenfunktion, Schmerzen, etc.) wird in die Zukunft geschaut und erfragt, wie es dem Patienten in 2, 5 oder 10 Jahren gehen soll, was er dann noch tun können möchte. Der Umfang der Unterstützung (A4: Assist) kann, abhängig von der Qualifikation, den Ressourcen des Arztes und evtl. vorhandener eigener Angebote, individuell sehr unterschiedlich sein:⁶⁴

⁶⁴ A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

Entscheidungswaage:

<p>Welche positiven Aspekte sehen Sie am Rauchen? Welche Vorteile hat das Rauchen für Sie?</p>	<p>Welche negativen Aspekte sehen Sie selbst am Rauchen? Welche Risiken birgt das Rauchen für Sie?</p>
<p>Welche Schwierigkeiten oder Hindernisse befürchten Sie beim Aufhören?</p>	<p>Welche positiven Aspekte sehen sie am Aufhören? Welche Vorteile hätten Sie durch das Aufhören?</p>

Worst case Szenarien:

Was wäre die schlimmste Befürchtung, was passieren könnte, wenn man das Verhalten ändert (im Bereich Hindernisse/Schwierigkeiten zu erfragen)? Dem gegenübergesetzt: Was wäre die schlimmste Befürchtung, was passieren könnte, wenn man das Verhalten beibehält (weiter raucht, weiter wenig Bewegung und Übergewicht hat)?

Das „Motivational Interviewing“

Definition

„Motivational Interviewing“ (im Folgenden MI) ist eine klientenzentrierte, direkte Methode der Beratung zur Verbesserung der intrinsischen Motivation zu Verhaltensänderungen von Patienten.

Es wurde ursprünglich von Miller & Rollnick in den 1980er Jahren als Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch entwickelt, wo man sehr häufig mit dem Problem scheinbar mangelnder Motivation für Verhaltensänderungen konfrontiert war. MI zeichnet sich durch eine bestimmte Haltung und einen Gesprächsstil aus, der als ein besonderer „Kommunikationsstil des Geleitens“ beschrieben werden kann.

Hintergrund

Beratungsgespräche nach diesem Ansatz versuchen Patienten dort abzuholen, wo sie stehen und die Eigenmotivation des Patienten für eine Verhaltensänderung zu stärken. Das MI-Konzept grenzt sich von konfrontativen Verfahren ab, versucht aber durch Direktivität Impulse in Richtung einer Verhaltensänderung zu setzen und geht damit über empathische Reflexion auch in den Gesprächstechniken hinaus.

Für Beratungsgespräche mit Schmerzpatienten eignet sich das Konzept daher sehr gut, da auch hier häufig Ambivalenz gegenüber Veränderungen des Lebensstils (z.B. mehr körperliche Aktivität, ggf. Gewichtsabnahme, Stressreduktion) und Erproben neuer Schmerzbewältigungsstrategien besteht (Jensen, 2002; Turk et al., 2008).

Das MI ist nicht primär theoretisch entwickelt worden, steht jedoch dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM, siehe oben) nahe.

Es eignet sich besonders für Menschen in den unteren Stufen der Motivation einer Verhaltensänderung.

Darüber hinaus berücksichtigt es in seinem „Spirit“ und den empfohlenen Techniken Aspekte der Selbstbestimmungstheorie nach Deci & Ryan (siehe Markland et al., 2005) sowie die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1957):

- es wird angenommen, dass Menschen ein inneres Bedürfnis nach Wachstum haben, dabei Kompetenz, Autonomie und hilfreiche Beziehungen anstreben. Entsprechend der Theorie Festingers geht man beim MI davon aus, dass (entlockte) änderungsbezogene Äußerungen des Patienten in ihm kognitive Dissonanz (d.h. einen unangenehmen Gefühlszustand durch widersprüchliche Gedanken oder Einstellungen) erzeugen.

Dies soll den Wunsch beim Patienten stärken, das neue Verhalten zu zeigen, um das störende Gefühl zu reduzieren (s. unten „Change Talk“).

Ein großer Unterschied zu sonstigen ärztlichen Beratungsgesprächen ist v.a. der „Spirit“, d.h. die innere Haltung, die sich beim MI durch folgende Komponenten auszeichnet (Rollnick et al., 2012):

- Kollaborativ: MI basiert auf einer von Zusammenarbeit geprägten Partnerschaft
- zwischen Arzt und Patient.
- Evokativ: Es gilt Veränderungsbereitschaft herauszulocken, die ein Patient bereits in sich hat (durch Fördern von Diskrepanzwahrnehmung derzeit ungünstiger Verhaltensweisen zu persönlichen Lebenszielen und Werten).

- Achtung der Autonomie: Das Recht des Patienten für oder gegen
- Verhaltensänderungen wird respektiert (Nötigen und Drängen fördert Abwehr).

Grundprinzipien

Die vier Grundprinzipien beim MI sind entsprechend dem engl. Akronym RULE (Rollnick et al., 2012):

- Resist = Widerstehe dem Reflex, den Patienten zu korrigieren
- Understand = Verstehe und erforsche die Motivation des Patienten
- Listen = Höre dem Patienten empathisch zu
- Empower = Befähige den Patienten und fördere bei ihm Hoffnung und Optimismus

Change Talk

Zentral ist das Auslösen von „Change Talk“: Fragen, Zuhören und Informieren sollten in einem Beratungsgespräch zur Verhaltensänderung so gemischt werden, dass „Change Talk“ wahrscheinlicher wird.

„Change Talk“ (= „Veränderungssprechen“, selbstmotivierende Äußerungen) meint Aussagen beim Patienten, die in Richtung positiver Veränderung gehen.

Prinzip: Menschen neigen dazu, das zu tun, was sie sich selbst sagen hören. Beispiele für Gesprächstechniken

Neben dem „Spirit“ werden bestimmte Gesprächstechniken empfohlen. Folgende Möglichkeiten bestehen „Change Talk“ hervorzulocken (Jensen, 2002):

- **Offenes Fragen nach Besorgnis**
(Bsp.: Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen bezüglich Ihrer Schmerzen?)
- **Frage nach möglichen Vorteilen**
(Bsp.: Wenn die Schmerzen weniger würden, wie würde das Ihr Leben positiv verändern?)
- **„Blick zurück“**
(Bsp.: Können Sie sich an eine Zeit erinnern, als Sie schmerzfrei waren? Was haben Sie damals gerne unternommen...?)
- **„Blick nach vorn“ - Vision für ein Leben ohne Schmerzen**
(Bsp.: Wie sähe Ihr Leben aus, wenn Sie ohne Schmerzen wären, was wären Ihre Ziele?)
- **Frage nach Zuversicht**
(Bsp.: Was gibt Ihnen die Kraft zu glauben, dass Sie auch ohne Schmerzmedikamente einen Tag auskommen können? Welche Dinge in Ihrem Leben gehen gut, trotz der Schmerzen?)
- **Extremszenarien ansprechen**
(Bsp.: Was wäre das Schlimmste, was passieren könnte, wenn Sie jetzt nichts verändern? Was befürchten Sie, wäre das Schlimmste, was passieren könnte, wenn

Sie jetzt nach der Wirbelsäulenoperation wieder mit Spaziergängen beginnen würden?)

- **Widerstand**

Chronische Schmerzen verändern viele Patienten, machen sie oft verzweifelt, grübelnd und passiv. Im Gespräch werden sie dann oft als schwierig und widerständig erlebt. Aus Sicht der Patienten gibt es aber oft durchaus Gründe, warum sie sich Änderungsvorschlägen widersetzen oder scheinbar ungünstige Bewältigungsstrategien wählen.

Widerstand wird im Rahmen des MI als „Teil des Jobs“ verstanden. Oft sind hierfür interaktionelle Gründe zwischen Berater und Patient verantwortlich – womöglich wird zu stark gedrängt oder ein Ambivalenzkonflikt nicht genügend erkannt.

Ein Berater sollte zuerst einmal innerlich durchatmen und sich wieder bemühen, sich empathisch auf die Seite des Patienten zu stellen („Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie da skeptisch sind.../ misstrauisch sind.../ sich das erst einmal gut überlegen müssen, ob...“). Um in einem Beratungsgespräch mit spürbarem Widerstand umzugehen, eignen sich z.B. folgende Strategien:

- „Spiegeln“ - einfach oder überzogen, ggf. die Ambivalenz
(Bsp.: „Ich verstehe Sie so, dass Sie sich ein Leben ohne Schmerzmedikamente überhaupt nicht vorstellen könnten.“)

- Den Fokus verschieben
(Bsp.: „Lassen wir die Statistik einfach mal ruhen. Was mich wirklich interessiert, ist, wie Sie heute über Ihre Arbeitssituation denken...“)

- „Reframing“ - Bedeutung verändern
(Bsp.: „Ihre bisherigen erfolglosen Versuche sind kein Grund zur Resignation. Im Gegenteil: das wird Sie jedes Mal ein Stück weiter nach vorne bringen...“)

MI kann im Rahmen von Seminaren und Trainings erlernt werden, ohne praktische Übungen und Feedback durch erfahrene Trainer ist dieser Beratungsstil schwer umsetzbar. Nützliche und gut verständliche Bücher zur Einführung in das MI sind folgende:

- Miller W, Rollnick S (2009). Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rollnick S, Miller R, Butler C. (2012). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.
Eine Anwendung bei Schmerzpatienten ist in folgendem englischen Buchkapitel beschrieben: 33
- Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds) Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, pp 71-93.

Literatur:

Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds)
Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, pp 71-93.

Festinger L (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press.

Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination

Theory. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol 24 (6): 811-831.

Rollnick S, Miller R, Butler C (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills*

für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.

Turk DC, Swanson KS, Tunks ER (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain

patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. Can J Psychiatry. Vol 53 (4): 213-23.

Schutzfaktor Bewegung

Eine chronische Lungenerkrankung gepaart mit chronischer Entzündung und Bewegungsmangel führt zu deutlichen Dekonditionierung d.h. Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt eine ausgeprägte Sarkopenie (Abbau der Muskelmasse).⁶⁵

Viele weitere Risikofaktoren neben Nikotin, wie Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel und Bluthochdruck, hängen mit einem bewegungsarmen Lebensstil zusammen und können nachweislich mit körperlichem Training reduziert werden. Auch bereits erkrankte Menschen können ihre Situation durch ausreichend Bewegung besonders in Bezug auf die Lebensqualität verbessern.⁶⁶

Die WHO empfiehlt ein Mindestmaß an Bewegung von 150 Minuten aerober Aktivität pro Woche mit moderater Intensität (sprechen sollte bei Belastung möglich sein nach der sog. Borg-Skala, dazu zählt beispielsweise auch Treppensteigen) bzw. 75 Minuten mit hoher Intensität (Schwitzen, erhöhte Atem-, und Herzfrequenz).⁶⁷

⁶⁵ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

⁶⁶ s.o.

⁶⁷ s.o.

Bewegungsformen

Ausdauersportarten eignen sich besonders zur Stärkung der Lungenfunktion

Dazu zählen:

- zügiges Gehen
- Walking bzw. Nordic Walking
- Skilanglauf
- Laufen und Joggen
- Radfahren, auch zu Hause auf dem Ergometer/Heimtrainer
- Inline-Skating
- Schwimmen
- Wandern und Skiwandern
- Tanzen⁶⁸

Positive Trainingseffekte sind dabei für COPD-Patienten über alle Schweregrade belegt.

Im Vordergrund steht die Erhaltung des allgemeinen Fitnesszustands und der aeroben Ausdauer des Atemwegspatienten um dem negativen Kreislauf der Symptomverstärkung entgegen zu wirken (reduzierte aerobe Ausdauer > Muskelkraft nimmt ab durch Inaktivität > beeinträchtigt die Belastbarkeit und vermindert Lebensqualität > führt zu Symptomverstärkung).⁶⁹

Die Folgen sind eine Schwächung von Herz, Kreislauf und Muskulatur und dadurch bedingt eine Abnahme der Lebensqualität, nicht selten begleitet von Depressionen und zunehmender sozialer Isolation. Dieser Abwärtsspirale sollte durch geeignete, dem Schweregrad der Erkrankung angepasste körperliche Trainingsprogramme entgegengewirkt werden.⁷⁰

Die wichtigsten bewegungstherapeutischen Aspekte und allgemeinen Ziele der Bewegungstherapie sind:⁷¹

- Moderates Krafttraining der großen Muskelgruppen
- Spezielle Übungen zur Kräftigung der Atemmuskulatur
- Steigerung der Ausdauer
- Schulung von Atem- und Entspannungstechniken
- Gefühl von Sicherheit und Gemeinsamkeit
- Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit

Bei leichter COPD (Grad 0-1) ist die Teilnahme an Breiten- bzw. Lungensportgruppen problemlos möglich.

Bei schwerer COPD (Grad 2-4) sind gezielte Übungen unter krankengymnastischer/bewegungstherapeutischer Betreuung erforderlich.⁷²

⁶⁸ Bewegung und Sport <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html> (Stand 30.10.2018)

⁶⁹ s.o.

⁷⁰ <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html> (Stand 31.08.2018)

⁷¹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222.

⁷² Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221.

Atemwegspatienten hatten laut randomisierten kontrollierten Studien nach der Teilnahme an aerobem Ausdauertraining und Krafttraining eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit, eine höhere Lebensqualität, litten weniger unter Atemnot und unter Krankheitsschüben die den Verlauf einer COPD drastisch beschleunigen können. Zudem stärkt körperliches Training die Atem- und Atemhilfsmuskulatur, gewährleistet die (Wieder-)Belüftung aller Lungenabschnitte und führt zur Stärkung psychosozialer Aspekte.⁷³

COPD Patienten sollten zum Erhalt ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit mindestens einmal bis zu dreimal pro Woche eine moderate körperliche Aktivität ausüben. Training bei hoher Intensität ist effektiver als moderate Intensität. Längerfristig angelegte Programme sind effektiver als kurzfristig angelegte. Deutliche Effekte wurden insbesondere bei 3-5 Trainingseinheiten pro Woche bei moderater bis hoher Intensität zwischen 60-80% der maximalen Leistungsfähigkeit festgestellt. Gleichzeitig sind positive Effekte durch Krafttraining bei Patienten mit COPD sehr gut belegt. Da Krafttraining bei COPD in der Regel zu weniger Atemnot führt als Ausdauertraining wird es von den Patienten häufig besser toleriert. Vorsicht ist geboten bei Patienten die über längere Zeit systemisch kortisonhaltige Medikamente oberhalb der Cushing-Schwelle einnehmen. Hier steigt die Gefahr einer Osteoporose und damit die Frakturgefahr, daher sollten Freihandgewichte vermieden werden zugunsten geführten Übungen an Maschinen.

Bei häufigen Begleiterkrankungen wie KHK darf die körperliche Aktivität nur bis zur Ischämie- und symptomfreien Grenze durchgeführt werden.⁷⁴

Im Verlauf der COPD bewegen sich Patienten aufgrund der Dyspnoe immer weniger. Die einfache Aufforderung, sich mehr zu bewegen, reicht nicht. Eine Anleitung zum körperlichen Training in Kombination mit einer optimalen medikamentösen Einstellung verbessert die Therapieergebnisse.⁷⁵

Die von der WHO empfohlenen 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche empfiehlt das American College of Sports Medicine and the Centers of Disease Control and Prevention auch für Menschen mit COPD. Dabei sollten die körperliche Aktivität entweder in 150 Minuten in moderater Intensität (sprechen nebenbei möglich) oder in 75 Minuten anstrengender körperlicher Aktivität (schnelles und intensives Atmen) oder aus einer Kombination von beidem durchgeführt werden.⁷⁶

Auch Patienten mit Asthma bronchiale sind häufig schlecht trainiert, da durch die Vermeidung von körperlichem Training eine Dekonditionierung eingetreten ist. Da bei vielen Patienten die Symptome nur unter Belastung auftreten, meiden sie körperliche Anstrengung. Dies führt zu einem Absinken der Asthmareizschwelle und damit zum Auslösen schon bei gering intensiver Belastung.⁷⁷

⁷³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 221-222.

⁷⁴ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 222-223.

⁷⁵ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198945/COPD-und-Bewegung-Effektive-Bronchodilatation-noetig>
(Stand 31.08.2018)

⁷⁶ https://www.exercisemedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Rx%20series_COPD.pdf
(Stand 28.01.2020)

⁷⁷ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 216.

Asthmapatienten erfahren eine positive Wirkung durch sportliche Aktivitäten, vor allem auf die Kondition. Das Training führt zu einer höheren maximalen Sauerstoffaufnahme und maximalen Herzfrequenz, dies stärkt das Herz-Kreislauf-System. In Studien ging die Häufigkeit, mit der die Patienten unter Belastung über Atemnot klagten zurück. Wichtig ist daher ein an die individuellen Fähigkeiten angepasstes, kontrolliertes Training, mit dem sie sich nicht überanstrengen.⁷⁸

Positive Veränderungen durch körperliche Betätigung sind zum Beispiel:

- Effizientere Arbeit des Herz-Kreislauf-Systems
- Kräftigung der Muskulatur
- Beseitigung des zähen Schleims in den Bronchien
- Angstbewältigung (Kontrolle der Panikreaktion vor Anstrengungsasthma)
- Erhöhung der individuellen Reizschwelle
- Stärkung des Selbstvertrauens
- Verbesserung der allgemeinen Abwehrlage
- Schutz vor sekundären Infektionen

Ein Asthmapatient sollte vor Aufnahme einer sportlichen Tätigkeit zunächst versuchen, alle Ursachen auszuschalten, die zu einer Reizung der Bronchien führen könnten wie bspw. Allergene oder Haustierkontakt.

Atemtherapeutische Selbsthilfemaßnahmen wie die sogenannte Lippenbremse sollten vertraut sein, um die Atmung zu kontrollieren.

Das Aufwärmen vor dem Training (mind. 15 min) ist von besonderer Bedeutung, da es hilft, einem belastungsinduzierten Anfall vorzubeugen.

Schwimmen im Hallenbad wird im Allgemeinen von Asthmapatienten sehr gut aufgenommen. Weitere geeignete Sportarten sind Wassergymnastik, moderates Jogging und Mannschaftsspiele. Wegen des psychosozialen Effekts werden die gängigen Sportsportarten von Asthmatikern gut angenommen. Zu beachten ist auch, dass teilweise intervallartige Belastungsformen den Dauermethoden vorzuziehen sind, da durch vergleichsweise kurze und intensive Belastungen die Bronchien weniger austrocknen und gereizt werden, als bei einer Dauerbelastung. Nicht allgemein zu empfehlen sind demnach vor allem Ausdauerbelastungen in kalter trockener Umgebung wie zum Beispiel Skilanglauf, Schneeschuhwandern oder Joggen im Winter. Verträgt ein Betroffener die kalte Winterluft, sollte ihm nicht davon abgeraten werden. Grundsätzlich müssen die Betroffenen Ihre Belastungsgrenzen selbst einschätzen lernen.⁷⁹

Für Krebspatienten ist Sport so wichtig wie ein Medikament. Körperliche Aktivität kann messbar die Nebenwirkungen einer Chemo- oder antihormonellen Therapie reduzieren. Weiterhin steigert sich die Leistungsfähigkeit und das Selbstbewusstsein wird gestärkt. Körperliche Aktivität wirkt sich auch auf die Entstehung einer Krebserkrankung aus. Die Deutsche Krebsgesellschaft geht von einer Risikoreduktion um 20-30% aus. Sollte die Erkrankung doch auftreten, haben Menschen, die zuvor regelmäßig Sport getrieben haben, ein nachweislich geringeres Rückfallrisiko.⁸⁰

⁷⁸ <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/bewegung-und-sport/index.html>
(Stand 31.08.2018)

⁷⁹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 219.

⁸⁰ Sport bei Krebs: So wichtig wie ein Medikament <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/sport-bei-krebs-so-wichtig-wie-.html> (Stand 30.10.2018)

Chemotherapeutika führen häufig zu Gang- und Gleichgewichtsproblematiken. Ein kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining kann diesen vorbeugen bzw. entgegenwirken. Ein so kombiniertes Training führte in Studien im Verlauf der Chemotherapie zudem zu einer verbesserten physischen Funktion, reduzierter Übelkeit, weniger Schmerzen und einer kürzeren Dauer bis zur Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit.⁸¹ Das tumorbedingte Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Symptomatik) lässt sich laut dem Krebsinformationsdienst so vermindern oder ganz vermeiden.⁸² Körperliche Aktivität bzw. Krafttraining verbessert die Körperzusammensetzung und unterstützt so den Fettabbau im Bauchraum.⁸³ In Deutschland sind mittlerweile rund ein Viertel der Menschen adipös.⁸⁴ Speziell abdominelle Adipositas erhöht laut einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2016 das Risiko für Lungenkrebs.⁸⁵ Nach der Diagnosestellung und während der Therapievorbereitung sind vor allem klinik- und/oder universitätsnahe sowie von speziellen Sporttherapeuten- und Medizern betreute Bewegungs- und Trainingsmöglichkeiten empfehlenswert. Nach der Therapie bieten sich vor allem onkologische Rehabilitationskliniken an. Ein wichtiges Ziel sollte nachfolgend darin bestehen, diese Bewegungsprogramme wohnortnah fortzusetzen, um die positiven Effekte auch langfristig zu sichern, beispielsweise durch ambulante Rehabilitationssportgruppen für Krebspatienten.⁸⁶

Bei der Wahl der Bewegungsform empfiehlt es sich, individuelle Präferenzen zu berücksichtigen. Bislang ist unklar, ob eine Bewegungsform anderen bezüglich der Trainingseffektivität überlegen ist. (Zügiges) Gehen ist eine häufig gewählte Trainingsform in Studien, wobei z. B. ein Training auf dem Fahrradergometer eine adäquatere Alternative für Personen mit Gleichgewichts- oder Koordinationsproblemen darstellen kann. Falls ein Training in Dauerbelastung nicht durchführbar ist, kann alternativ ein Intervalltraining eingesetzt werden. Die Integration von Krafttraining ist dabei zum Aufbau oder Erhalt der Muskelmasse von hoher Relevanz und stellt teils wie z. B. bei kachektischen Patienten einen zentralen Bestandteil des Trainings dar. Für das Krafttraining existieren zudem aktuellere Empfehlungen.

- Häufigkeit: 2-3x pro Woche
- Intensität: 8-12 Wiederholungen, 2-3 Sätze, 60-85% des 1-RM (Repetitionsmaximum für eine Wiederholung)
- Form: 6-8 ganzkörperorientierte Übungen.⁸⁷

⁸¹ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 235.

⁸² www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/sport.php (Stand 31.10.2018)

⁸³ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 237.

⁸⁴ Gesundheitsberichterstattung: Die wichtigsten Entwicklungen 2016.

⁸⁵ Abdominal Obesity and Lung Cancer Risk: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Nutrients*. 2016 Dec; 8(12): 810.

⁸⁶ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 243.

⁸⁷ Banzer, W. (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. S. 241

Zusammenfassung Bewegungsempfehlungen

Chronische Lungenerkrankung z. B.	Anmerkungen	Häufigkeit und Intensität	Art der Aktivität z. B.
COPD	Anleitung zu körperlichem Training verbessert die Therapieergebnisse im Vergleich zur einfachen Aufforderung sich mehr zu bewegen	Mindestens 1-3 mal pro Woche moderate körperliche Aktivität, besser 3-5 mal, Kombination aus Kraft und Ausdauertraining	<ul style="list-style-type: none"> • Zügiges Gehen • Krafttraining • Walking bzw. Nordic Walking • Skilanglauf • Laufen und Joggen • Radfahren, auch zu Hause auf dem Ergometer/Heimtrainer • Schwimmen • Wandern und Skiwandern • Tanzen
Grad 0-1	Teilnahme an Breiten- bzw. Lungensportgruppen		
Grad 2-4	Gezielte Übungen unter krankengymnastischer/ bewegungstherapeutischer Betreuung		
Asthma	<ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapeutische Selbsthilfemaßnahmen wie die sogenannte Lippenbremse • Aufwärmen wichtig (mind. 15 min) • Kalte Luft vermeiden 	Intervall u./o. Dauerbelastung (nach individueller Verträglichkeit)	Schwimmen im Hallenbad, Wassergymnastik, Radfahren, moderates Jogging, Mannschaftsspiele
Lungenkarzinom	Bewegungspräferenzen berücksichtigen	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Dauerbelastung nicht möglich, Intervalltraining • Kombination aus Kraft-und Ausdauertraining Häufigkeit: 2-3x pro Woche Intensität Krafttraining 8-12 Wiederholungen, 2-3 Sätze, 60-85% des 1RM 	Zügiges Gehen, Fahrradergometer, Krafttraining

Informationen für Praxis und Patienten

Beispiele:

- Regionale psychosoziale Krebsberatungsstellen: Sie geben Auskünfte zu Sportangeboten.
Der Krebsinformationsdienst (www.krebsinformationsdienst.de) bietet eine Datenbank mit Adressen an, unter der Rubrik "Wegweiser", unter "Adressen und Links" beim Stichwort "Krebsberatungsstellen".
- <https://www.gesundheitsinformation.de> z.B. Patienteninformationen zur COPD
Mit der Veröffentlichung von Gesundheitsinformation.de erfüllt das [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](http://www.institut-fuer-qualitaet-und-wirtschaftlichkeit-im-gesundheitswesen.de) einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen.
- Deutsche Atemwegsliga e.V. z.B. Training bei COPD, Asthma etc. <https://www.pat-liga.de/training-bei-copd.html>
- Patienten Informationen der KBV z.B. zu Asthma <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/lunge/asthma>
- auch www.atemwegsliga.de z.B. Informationsblatt Asthma und Sport,
- www.lungeninformationsdienst.de mit Faktenpapieren zu Asthma, COPD, Bronchiektasen, Lungenfibrose, Lungenhochdruck, Mukoviszidose, u.a. auch zu Atemtechniken, Video zum Lungensport usw.
- www.lungensport.org;
- ferner www.europelung.org; www.rki.de Themenhefte, www.ndr.de Lungentraining bei COPD; www.dgsp.de; www.in-form.de; www.gesundheitswanderfuehrer.de usw.

Programme, Beispiele:

- (Fast) überall in Deutschland gibt es sogenannte Lungensportgruppen (<http://www.lungensport.org>), in denen Betroffene gemeinsam Sport machen, meist unter Anleitung eines speziell ausgebildeten Übungsleiters bzw. einer Übungsleiterin.
Weitere Informationen auch auf www.atemwegsliga.de
- Deutscher Behindertensportverband (DBS): Sportgruppen für Menschen mit Krebserkrankungen werden über den Deutschen Behindertensportverband (DBS) als Rehabilitationssport in Reha-Sportgruppen angeboten. Unter www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssportgruppen-in-deutschland.html können Betroffene und Interessierte nach Reha-Sportgruppen suchen.
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB): Die Initiative "Sport pro Gesundheit" (www.sportprogesundheit.de) bietet auf ihrer Internetseite weitere Informationen. Unter www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/bewegungsangebote-in-ihrer-naehe haben Interessierte zum Beispiel die Möglichkeit, ebenfalls Sportangebote in ihrer Nähe zu finden. Es handelt sich dabei aber meist um normale Sportgruppen, keine Reha-Sportgruppen.

- Landessportbünde: Sie sind weitere Ansprechpartner für regionale Angebote zu "Sport nach Krebs". Sie finden sich im Internet unter www.dosb.de/de/organisation/mitgliedsorganisationen/landessportbuende
- Selbsthilfeorganisationen: Ist man an Bewegungs- und Sportprogrammen interessiert, kann man sich zudem an Selbsthilfeorganisationen und Patientenverbände wenden. Diese kennen die Angebote vor Ort meist ebenfalls gut. Der Krebsinformationsdienst listet bundesweit tätige Institutionen im "Wegweiser" auf, dort unter "Adressen und Links", Stichwort "Selbsthilfegruppen". www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/sport-nach-krebs.php

AOK-BW Angebote, Beispiele:

- AOK Curaplan aktiv <https://curaplanaktiv.bw.aok.de/>
- AOK Bewegungskurse vor Ort <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitskurse-fuer-mehr-bewegung/>

Bosch BKK Angebote, Beispiele:

- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheitsbroschüren (u.a. „Fit und gesund durch mehr Bewegung“) www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

Schutzfaktor Ernährung

Ernährung und Lungenerkrankungen

Zwischen der Ernährung und Atmung besteht ein enger Zusammenhang. Zur Energiefreisetzung im Körper, Muskelarbeit und Aufrechterhaltung der Körpertemperatur liefert die Atmung den nötigen Sauerstoff. Der Energiebedarf der Atemmuskulatur kann bei fortgeschrittenen Erkrankungen der Lunge deutlich steigen. Zum Beispiel von ca. 4% des Gesamtenergiebedarfs in Ruhe auf bis zu 30% bei schwerer COPD.⁸⁸ Daher sollte der Ernährungsstatus regelmäßig erfasst werden und eine individuelle Ernährungsberatung erfolgen.⁸⁹

Bei einer COPD werden der untergewichtige Phänotyp „pink puffer“ (in der Regel mit Lungenemphysem), welche allein schon um zu atmen viele Kalorien benötigen und der übergewichtige „blue boater“ unterschieden, bei welchem meistens die chronische Bronchitis im Vordergrund steht. Beide Typen gehen mit einer Reduktion der lebensnotwendigen Muskulatur einher. Über- und Untergewicht beeinflussen die Symptomatik und Prognose von Patienten mit COPD, wobei vor allem Untergewicht mit niedrigeren Überlebensraten assoziiert ist.⁹⁰

⁸⁸ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 780.

⁸⁹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 780.

⁹⁰ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. S. 781.

Wie der Lungeninformationsdienst des Helmholtz Zentrum München und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung schreibt, haben fehlernährte Patienten ein höheres Risiko für Infektionen der Atemwege oder allergische Reaktionen, was die Erkrankung zusätzlich verkomplizieren kann. Die Lungenfunktion wird durch eine unausgewogene, schlechte Ernährung beeinträchtigt.

Durch Mangelernährung wird die Abwehrkraft der Lunge herabgesetzt, da die Fresszellen in den Lungenbläschen weniger aktiv sind. Eine weitere Folge von Mangelernährung kann der Abbau der Muskulatur sein – darunter auch die Atemwegsmuskulatur. In der Folge leiden die Patienten an allgemeiner Schwäche, dies verstärkt Müdigkeit und Atemnot. Besonders bei COPD Patienten tritt in 20-60% der Fälle eine Mangel-oder Fehlernährung auf. Um einer durch Mangelernährung begünstigten Osteoporose vorzubeugen sollte zudem Kalzium-und Vitamin D-reich gegessen werden (Vitamin D auch durch ausreichend Sonnenexposition).⁹¹

Übergewicht sollte vermieden werden, da diese Atemprobleme wie z. B. Schlaf-Apnoe verstärken kann indem das Herzkreislaufsystem und der Lungenkreislauf Mehrarbeit leisten müssen. Zudem geht Übergewicht häufig mit Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes Typ 2, Herzerkrankungen und Bluthochdruck einher.

Für Menschen mit Atemwegserkrankungen ist es wichtig genug zu trinken, um die Produktion von dünnflüssigem Schleim anzuregen.

Asthmatiker sollten möglichst auf Fertiggerichte, würzige Snacks und mit Farbstoff versetzte Limonaden verzichten, da die zugefügten Lebensmittelfarbstoffe, Glutamat und Konservierungsstoffe Anfälle auslösen können.

Laut Lungeninformationsdienst ungünstige Nahrungszusätze für Menschen mit Asthma sind:

- Tartrazin: Farbige Sprudelgetränke, Suppen, Saucen und Süßigkeiten
- Sulfite: Wein, Fruchtsäfte, Konservenfisch, getrocknete Früchte
- Glutamat: Braten- und Sojasaucen, Päckchensuppen, Fertiggerichte⁹²

Eine gesunde Ernährung hat zudem einen schützenden Effekt bei Krebs. Welche pflanzlichen Inhaltsstoffe dafür verantwortlich sind und wie groß der schützende Effekt ist, konnten Fachleute bisher nicht abschließend klären.⁹³

Tumoren kann man nicht "aushungern". Es gibt auch keine für Patienten "giftige" Lebensmittel. Vitamintabletten sollte man nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt nehmen.⁹⁴ Fachleute sprechen von "Ernährungssupport". Relativ neu sind Erkenntnisse über die Möglichkeiten, das Rückfallrisiko durch Ernährung und Lebensstil zu beeinflussen.⁹⁵ Allgemein wird der Verzehr von mindestens 400g Gemüse oder Früchten täglich empfohlen. Der Verzehr von rotem Fleisch sollte gering gehalten werden besonders der Anteil an verarbeitetem Fleisch.

⁹¹ Herold, G. (Hrsg.) (2020): Innere Medizin.

⁹² Ernährung bei Lungenerkrankungen <https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html> (Stand 20.11.2018)

⁹³ www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/risikofaktoren.php (Stand 31.08.2018)

⁹⁴ www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/leben.php (Stand 31.08.2018)

⁹⁵ www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php (Stand 31.08.2018)

Zwar gibt es keine spezielle Ernährungsform, welche sich auf die Prävention oder Therapie von Erkrankungen der Atemwege bezieht, allerdings gibt es ausreichend Evidenz, dass bestimmte Ernährungsweisen wie beispielsweise die bekannte mediterrane Ernährung aus dem spanischen Raum oder auch die schwedischen Ernährungsrichtlinien mit einer Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. einhergehen. Diese bestehen vor allem aus regelmäßigem Verzehr von Gemüse, Obst, Vollkornprodukten, Fisch, Nüssen, Beeren, Samen, pflanzlichen Ölen und im Gegenzug wenig rotem, verarbeiteten Fleisch, Salz, Zucker und Alkohol.⁹⁶

Ernährung und Rauchen

Laut dem Bundeszentrum für Ernährung ernähren sich Raucher ungesünder als Nichtraucher. Statt reichlich Obst und Gemüse stehen häufiger kalorienreiche Lebensmittel auf dem Speiseplan. Wer mit dem Rauchen aufhört, hat häufig mit einer Gewichtszunahme zu kämpfen, da die Nikotinentwöhnung den Energieverbrauch auf das ursprüngliche Level senkt und den Appetit ansteigen lässt.⁹⁷

Etwa 60 Prozent der ehemaligen Rauchenden müssen mit einer Gewichtszunahme von 2,5 bis 4 Kilogramm rechnen.

Die BZgA empfiehlt drei Tipps für die Ernährung nach der letzten Zigarette

- Ihre Geschmacks- und Geruchsnerve waren durch das Rauchen quasi „dauerbetäubt“. Jetzt erholen sie sich langsam wieder. Daher nehmen Sie die Signale Ihres Körpers unverfälscht wahr. Stellen Sie sich darauf ein, dass Hunger und Appetit zu den normalen Entwöhnungserscheinungen gehören – dann können Sie besser darauf reagieren.
- Da Ihr Stoffwechsel sich nun ebenfalls umstellt, verbrennen Sie täglich ungefähr 200 Kilokalorien weniger als mit Nikotin. Dies kann zu einer vorübergehenden Gewichtszunahme führen. Durch kalorienarme Alternativen und Bewegung können Sie diese negative Bilanz wieder ausgleichen.
- Setzen Sie sich nicht zu sehr unter Druck! Überlegen Sie sich, ob Sie eine kleine Gewichtszunahme nicht verschmerzen können. Schaffen Sie sich eine Toleranzgrenze, indem Sie sich zum Beispiel erlauben, bis zu zwei oder drei Kilo zuzunehmen.⁹⁸

⁹⁶ WHO (2018): HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 58, S. 25.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf (Stand 11.12.2018)

⁹⁷ <https://www.bzfe.de/inhalt/essen-raucher-ungesunder-32103.html> (Stand 23.01.2020)

⁹⁸ <https://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/tipps-fuer-ihren-rauchstopp/gesund-ernaehren/> (Stand 23.01.2020)

Informationen für Praxis und Patienten

Beispiele:

- COPD - Deutschland e.V. Informationsbroschüre Ernährung bei COPD
<https://www.copd-deutschland.de/images/patientenratgeber/crossmed/copd-und-ernaehrung.pdf> (Stand 11.12.2018)
- Deutsche Herzstiftung-Kochbuch mediterrane Küche
<https://www.herzstiftung.de/kochbuch-mediterrane-kueche.html>
- Lungeninformationsdienst Atemwegserkrankungen und Ernährung
<https://www.lungeninformationsdienst.de/therapie/leben-mit-krankheit/ernaehrung/index.html>
- Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.: Atemwegserkrankungen, Hilfe zur Selbsthilfe, www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de/pdf/Hilfe_zur_Selbsthilfe.pdf
- Krebsinformationsdienst: Ernährung für Patienten mit Krebs: Essen was schmeckt oder doch lieber Diät?
www.krebsinformationsdienst.de/themen/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php
- European Lung Foundation: Ernährungsgewohnheiten
www.europeanlung.org/de/lungenkrankheiten-and-informationen/risikofaktoren/ern%C3%A4hrungsgewohnheiten
- www.atemwegsliga.de
- www.lungenstiftung.de auch allgemeine Informationsblätter
- www.patienten-bibliothek.de u.a. Vorschau 2020 Ernährung usw.- bei chronischen Erkrankungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen G47.39 bzw. Schlafapnoesyndrom SAS, www.dgsm.de kann z.B. Gewichtsabnahme von 20% den AHI bzw. Apnoe-Hypopnoe-Index bis zu 50% vermindern
- www.was-wir-essen.de; www.bmi-rechner.biz; www.dge.de; www.uni-hohenheim.de; www.in-form.de

AOK-BW Angebote, zum Beispiel:

- AOK-Ernährungswerkstatt: Bewusst essen und genießen
<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-ernaehrungswerkstatt-wissen-wie-man-isst-1/>
- Ernährungsberatung <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/ernaehrungsberatung-3/>
- AOK Expertenforum: Ernährung und Rezepte <https://www.aok.de/bw-gesundnah/themen/ernaehrung-und-rezepte/>
- AOK Abnehmen mit Genuss <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/abnehmen-mit-genuss-6/>

Bosch BKK Angebote, zum Beispiel:

- Ernährungsberatung www.bosch-bkk.de/Ernaehrungsberatung
- Bosch BKK Gesundheitskurse www.bosch-bkk.de/Gesundheitskurse
- Bosch BKK Gesundheits-Broschüren (u.a. „Abnehmen mit Erfolg“, „Ausgewogene Ernährung“) www.bosch-bkk.de/Gesundheitsbroschueren

Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung

Ein Vorschlag/Leitfaden zur Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung finden Sie im zugehörigen Anhang 1a.